

Komentarz — riwaroksaban 2,5 mg + ASA w wytycznych ESC 2019

The commentary — rivaroxaban 2.5 mg + ASA in ESC 2019 guidelines

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus

Oddział Kliniczny Kardiologii Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Podczas tegorocznego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) w Paryżu zaprezentowano nowe wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (CCS, *chronic coronary syndromes*). Zmiana nazewnictwa ze stabilnej choroby wieńcowej na przewlekłe zespoły wieńcowe odzwierciedla fakt, że pacjenci z miażdżycą tętnic wieńcowych są stale obciążeni istotnie wyższym ryzykiem ostrych incydentów sercowo-naczyniowych w porównaniu z populacją ogólną. Ryzyko to stanowi *continuum* — prawidłowa kontrola czynników ryzyka, właściwe zmiany stylu życia, optymalna farmakoterapia oraz kompletna rewaskularyzacja znacząco je obniżają, natomiast niepełna i niewłaściwa realizacja zasad prewencji wtórnej znamienne to ryzyko zwiększają. W aktualnym dokumencie zdecydowanie podkreślono, że leczenie przeciwzakrzepowe jest kluczową częścią profilaktyki wtórnej u pacjentów z CCS. W obecnych rekomendacjach nakazuje się rozważyć (klasa zaleceń IIa, poziom wiarygodności A) dołączenie do kwasu acetylosalicylowego (ASA, *acetylsalicylic acid*) drugiego leku przeciwzakrzepowego, w ramach długoterminowej prewencji wtórnej, u pa-

cjentów z rytmem zatokowym, obciążonych wysokim ryzykiem zdarzeń niedokrwiennych (pacjenci z rozsianą/wielonaczyniową chorobą wieńcową oraz obarczeni ≥ 1 z następujących czynników: cukrzyca, ponowny zawał serca, choroba tętnic obwodowych, przewlekła choroba nerek z szacowanym współczynnikiem filtracji kłębuszkowej [eGFR, *estimated glomerular filtration rate*] 15–59 ml/min/1,73 m²) i jednocześnie bez wysokiego ryzyka krwawienia. Ponadto taką formę leczenia można rozważyć (klasa zaleceń IIb, poziom wiarygodności A) u chorych cechujących się umiarkowanym ryzykiem zdarzeń niedokrwiennych (pacjenci obarczeni ≥ 1 spośród wymienionych czynników ryzyka: rozsiana/wielonaczyniowa choroba wieńcowa, cukrzyca, niewydolność serca, ponowny zawał serca, choroba tętnic obwodowych, przewlekła choroba nerek z eGFR 15–59 ml/min/1,73 m²) i bez wysokiego ryzyka powikłań krwotocznych. Składową tej terapii, poza ASA w dawce 75–100 mg/dobę, może być inhibitor P2Y₁₂ (klopidogrel, prasugrel, tikagrelor) lub riwaroksaban (w dawce 2 × 2,5 mg), który jest jedynym lekiem z grupy leków przeciwkrzepliwych niebędących antagonistami witaminy K (NOAC, *non-vitamin K antagonist oral anticoagulants*) zare-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
Oddział Kliniczny Kardiologii
Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii
Śląski Uniwersytet Medyczny
Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 41–800 Zabrze
e-mail: karzab@sum.edu.pl

jestrowanym i rekomendowanym w tym wskazaniu. Tak silna pozycja riwaroksabanu w aktualnych wytycznych ESC jest odzwierciedleniem wyników badania COMPASS (*Rivaroxaban for the prevention of major cardiovascular events in coronary or peripheral artery disease*), w którym stosowanie połączenia ASA z riwaroksabanem w dawce 2 razy 2,5 mg u pacjentów z CCS prowadziło do względnego obniżenia ryzyka: udaru mózgu — o 42% ($p < 0,001$), zawału serca — o 14% ($p < 0,15$), zgonu sercowo-naczyniowego — o 22% ($p < 0,01$) oraz niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (MACE, *major adverse cardiac events*) — o 24% ($p < 0,001$). Ponadto należy podkreślić, że spośród rekomendowanych leków jedynie stosowanie riwaroksabanu łącznie z ASA było związane ze znamioną statystycznie, 18-procentową redukcją ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny u chorych z CCS. Skojarzona terapia ASA z riwaroksabanem (w dawce $2 \times 2,5$ mg) wiązała się z istotnie wyższą częstością poważnych krwawień (3,1% *vs.*

1,9%; $p < 0,05$) niż monoterapia ASA, jednak odsetek krwotoków wewnętrznych oraz krwawień zakończonych zgonem nie uległ istotnej zmianie. W badaniu COMPASS wykazano, co warto zaznaczyć, że szczególnie wysokie korzyści ze stosowania riwaroksabanu w małej dawce odnoszą chorzy na cukrzycę (zmniejszenie częstości MACE o 28%) oraz pacjenci z chorobą tętnic obwodowych (redukcja występowania MACE aż o 33%).

W świetle nowych wytycznych ESC stosowanie skojarzonego leczenia za pomocą ASA i riwaroksabanu w małej dawce w ramach długoterminowej prewencji wtórnej może się przyczynić do istotnego ograniczenia występowania niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów z grupy wysokiego/umiarkowanego ryzyka zdarzeń niedokrwienych. Poza najważniejszym wymiarem czysto medycznym, należy także zwrócić uwagę na oczywiste korzyści społeczno-ekonomiczne wynikające z poprawy rokowania w tej populacji.